

Mal de Pott

-Le **Mal de Pott** est une [spondylodiscite](#), c'est-à-dire une infection d'un [disque intervertébral](#) ou des [corps vertébraux](#) adjacents, due au bacille de la [tuberculose](#).

-Il s'agit d'une [urgence médicale](#) qui nécessite une prise en charge rapide, une [antibiothérapie](#) lourde et longue (12 mois de traitement) et parfois un traitement chirurgical orthopédique.

-Sa dénomination provient du chirurgien britannique [Percivall Pott](#), connu pour ses travaux sur cette maladie.

-Il représente 50 % des manifestations de la tuberculose ostéo-articulaire. La contamination est hémato-gène.

Diagnostic clinique

- altération de l'état général
- douleur rachidienne au niveau de la charnière dorso-lombaire dans 90 % des cas, très localisée, à type inflammatoire, que l'on réveille à la palpation d'une ou deux épineuses
- Raideur segmentaire du rachis
- A la radiographie, on constate un flou des plateaux vertébraux traduisant une attaque du [caseum](#).

Phase d'état:

- dégradation de l'état général
- douleur croissante au niveau rachidien, et risque de complications due à la migration du caséum pouvant se traduire par une paraplégie, un abcès froid, un syndrome de la queue de cheval, un abcès paravertébral (avec décollement du GLCVA)
- Le bacille peut migrer le long d'une gaine musculaire (psoas), et gagner la peau où il provoque un abcès froid.
- peut causer des arthrodèses
- apparition d'une gibbosité
 - - Tous les étages vertébraux peuvent être touchés, depuis la charnière cervicooccipitale (Pott sous-occipital) jusqu'à la charnière lombosacrée, mais les localisations les plus fréquentes sont dorsales et lombaires.
 - Une localisation viscérale concomitante est retrouvée dans 20 à 30 p. 100 des cas: poumon, plèvre surtout, rein, ganglion, foie plus rarement.
 - L'évolution clinique est souvent insidieuse
 - Les déformations cyphotiques avec angulation, les abcès volumineux sont des complications tardives.
- Terrain
 - Autrefois apanage de l'enfant, elles se voient actuellement presque exclusivement chez l'adulte non vacciné, le vieillard autochtone ou surtout le Noir africain migrant ou les réfugiés d'Extrême Orient
 - L'atteinte du Noir africain et des Orientaux est volontiers multifocale et se caractérise parfois par une atteinte osseuse épargnant le disque (spondylite pure) à type d'ostéosclérose centrosomatique. Le scanner visualise alors habituellement une ou plusieurs géodes volumineuses ne communiquant pas avec l'espace discal. Parfois l'affection se révèle par un tassement vertébral isolé (forme pseudo-tumorale). D'autres foyers d'ostéite sont souvent retrouvés grâce à la scintigraphie osseuse et l'IRM: atteinte d'un arc postérieur (spondylite postérieure), ostéite costale, iliaque, crânienne, voire diaphysaire sur un os long. Des abcès froids s'observent encore parfois sur ce terrain. Leur développement intrarachidien peut se compliquer de compression médullaire ou de la queue de cheval. Cette complication peut aussi être la conséquence d'un tassement vertébral.

- Aide au diagnostic
Hormis l'enfant et le Noir africain chez qui le diagnostic est facile, la distinction entre pyogènes et bacille de Koch est souvent difficile sur les seuls arguments cliniques, d'imagerie et biologiques. C'est dire l'intérêt de la biopsie discovertébrale au trocart. Elle apporte des résultats bactériologiques ou histologiques 8 fois/10 environ, et sera toujours préférée dans un premier temps, l'abord chirurgical étant réservé en cas de biopsie percutanée impossible.

Eléments du diagnostic

1 Diagnostic positif

Le diagnostic de spondylodiscite repose sur les éléments suivants.

a. Examens d'imagerie

1. Les clichés standard de face et de profil.

- Au début le premier signe est un pincement discal global (figure 1).
- Rapidement apparaît une déminéralisation des plateaux vertébraux adjacents, puis des érosions donnant un aspect irrégulier aux plateaux vertébraux (figure 2).
- Une abrasion des bords antérieurs des corps vertébraux est possible.
- Des géodes, communiquant avec l'espace discal, sont parfois creusées dans les corps vertébraux sus- et sous-jacents au disque pincé (figure 3).
- Plus tardivement apparaît une condensation des corps vertébraux et des ostéophytes latéraux, témoins d'un processus de reconstruction qui accompagne la guérison.
- On recherche sur les clichés standard une opacité dans les parties molles témoignant d'un abcès paravertébral (rétropharyngien sur le rachis cervical, image en fuseau sur le cliché dorsal (figure 1), bombement d'un psoas sur le rachis lombaire).

2. Scintigraphie osseuse

- Au début, les signes radiographiques peuvent être en retard sur la clinique: la scintigraphie osseuse est alors d'une aide précieuse, montrant une hyperfixation localisée.
 - Cet examen dépiste d'autres foyers osseux ou discaux, parfois cliniquement muets.
 - A l'inverse, une forme évoluée, refroidie, découverte après guérison, spontanée ou non, pose le problème difficile de son évolutivité éventuelle. Là encore la scintigraphie osseuse apporte un argument de la plus haute importance pour la décision thérapeutique.
3. La tomodensitométrie avec injection de produit de contraste iodé.
Elle montre mieux les géodes intra-somatiques et l'épidurite sous forme d'une opacité rétro-discale en "embrase de rideau", ainsi que d'éventuels abcès dans les parties molles.
4. Mais c'est l'IRM avec injection de Gadolinium qui constitue l'examen le plus sensible et le plus précoce, montrant typiquement l'hyposignal discal et des vertèbres adjacentes en T1, se renforçant après Gadolinium et l'hyposignal en T2 de ces mêmes structures (figure 4a, b et c). Les coupes sagittales précisent les différents étages intéressés, les abcès épiduraux dans les parties molles ainsi que les signes de souffrance radiculaire ou médullaire.

b. Biologie

- La VS et la CRP sont élevées.
- L'IDR à la tuberculine (10 U) n'a de valeur que phlycténulaire ou négative.

c. Radiographie de thorax

Elle recherche une tuberculose.

d. Ponction-biopsie discovertébrale

L'examen de choix pour confirmer le diagnostic et tenter de préciser le germe en cause est la ponction-biopsie discovertébrale au trocart. Elle est faite sous amplificateur de brillance par voie postéro-latérale; elle permet de ramener du matériel discal et osseux qui est confié en bactériologie pour examen direct,

cultures sur milieux usuels et Lowenstein, et en anatomie pathologique qui fait rapidement la preuve d'une tuberculose folliculocaséuse. Il n'est pas de vertèbre qui ne soit accessible à la ponction-biopsie au trocart ou à l'aiguille.

Traitement

- Traitement antituberculeux (18- 24 mois)
- Immobilisation par corset
- Chirurgie possible pour traiter les arthrodèses